



Nevada Check Up (NCU) Aplicación

Programa de Seguro Medico de Niños (CHIP)

Para preguntas sobre esta aplicación, llame al
1- 877-KIDS NOW (543-7669)

Si ha estado registrado con Nevada Check Up, por favor escriba su número de identificación familiar: _____

Nota - Su aplicación será revisada para posible elegibilidad de Medicaid. Si parece que sus niños pueden ser elegibles para Medicaid, nosotros le negaremos el enrolamiento de Nevada Check Up y referiremos su caso a la División of Welfare and Servicios de Soporte (DWSS) para una revisión de elegibilidad de Medicaid.

- 1) ¿Quiere usted que esta aplicación sea referida a Nevada Medicaid? Si No
 2) ¿Actualmente están aplicando para asistencia médica de Medicaid? Si No

Persona o Jefe de Familia que está Aplicando para el Niño o Niños: Por favor llene toda la información sobre la persona o jefe de familia que está aplicando para el niño/s.

(1) Apellido Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento / /	Estado Civil Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>	Raza/Etnicidad (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	
Estatus Legal *Información recibida sobre el estatus legal de los adultos no será reportada a INS <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Residente Permanente Legal desde (Fecha):			¿Idioma preferido? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
Domicilio - Numero, Calle y Apartamento		Ciudad y Estado	Código Postal
Dirección Postal (si es diferente del domicilio)		Ciudad y Estado	Código Postal
Teléfono de la Casa ()	Teléfono Celular/Mensaje ()	Teléfono de su Empleo ()	¿Cuántas personas viven en este hogar?

¿Este hogar seguirá viviendo en Nevada? Si No, explique _____

¿Es su renta o hipoteca pagada por parte de alguna agencia? No Si, cantidad _____

Otros Adultos en el Hogar: Si más de dos adultos viven en el hogar, por favor adjunte una hoja adicional con la misma información y en el mismo orden como está a continuación:

(1) Apellido Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento / /	Estado Civil Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>	Raza/Etnicidad (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	
Estatus Legal *Información sobre el estatus legal no será reportada a INS <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Residente Permanente Legal desde (Fecha):			Relación con el solicitante de arriba <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Otro Relativa <input type="checkbox"/> Otro :

(2) Apellido Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento / /	Estado Civil Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>	Raza/Etnicidad (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	
Estatus Legal- *Información sobre el estatus legal no será reportada a INS <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Residente Permanente Legal desde (Fecha):			Relación con el solicitante de arriba <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Otro Relativa <input type="checkbox"/> Otro :

Niños en el Hogar: Escriba el nombre de todos los niños que viven en su casa aunque no sean ciudadanos Americanos. Si más de cuatro niños viven en el hogar, por favor adjunte una hoja adicional con la misma información. Si las actas de nacimiento están disponibles, por favor envíe una copia.

(1) Apellido Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Número de Seguro Social (REQUERIDO)		
Fecha de Nacimiento (REQUERIDO) / /	Estado Civil Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>	Raza/Etnicidad (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro:			
Estatus Legal (REQUERIDO) *Información sobre el estatus legal no será reportada a INS <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Residente Permanente Legal desde - envíe copia de la tarjeta		¿Está la joven embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No La fecha de parto:	¿Está solicitando Nevada Check Up para este niño(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Deshabilitado Y recibiendo seguro social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> En Nevada Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Cobertura Fecha en que terminó: Razón:		Seguro Medico <input type="checkbox"/> Si, Nombre de Seguro Medico: Tipo de Cobertura: <input type="checkbox"/> Medicare A, B, o D <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Dental/Visión <input type="checkbox"/> De gastos médicos mayores <input type="checkbox"/> Organización de Manejo de Salud		Parentesco (REQUERIDO) Nombre de madre: _____ Nombre de padre: _____ Parentesco con el solicitante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sobrino (a) <input type="checkbox"/> Otro:	
Gasto de Cuidado de Niño - completar si es aplicable		¿Cantidad que Paga?:		¿Frecuencia? :	

(2) Apellido Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Número de Seguro Social (REQUERIDO)		
Fecha de Nacimiento (REQUERIDO) / /	Estado Civil Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>	Raza/Etnicidad (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro:			
Estatus Legal (REQUERIDO) *Información sobre el estatus legal no será reportada a INS <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Residente Permanente Legal desde - envíe copia de la tarjeta		¿Está la joven embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No La fecha de parto:	¿Está solicitando Nevada Check Up para este niño(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Deshabilitado Y recibiendo seguro social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> En Nevada Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Cobertura Fecha en que terminó: Razón:		Seguro Medico <input type="checkbox"/> Si, Nombre de Seguro Medico: Tipo de Cobertura: <input type="checkbox"/> Medicare A, B, o D <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Dental/Visión <input type="checkbox"/> De gastos médicos mayores <input type="checkbox"/> Organización de Manejo de Salud		Parentesco (REQUERIDO) Nombre de madre: _____ Nombre de padre: _____ Parentesco con el solicitante : <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sobrino (a) <input type="checkbox"/> Otro:	
Gasto de Cuidado de Niño - completar si es aplicable		¿Cantidad que Paga? :		¿Frecuencia? :	

(3) Apellido Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Número de Seguro Social (REQUERIDO)		
Fecha de Nacimiento (REQUERIDO) / /	Estado Civil Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>	Raza/Etnicidad (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro:			
Estatus Legal (REQUERIDO) *Información sobre el estatus legal no será reportada a INS <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Residente Permanente Legal desde - envíe copia de la tarjeta		¿Está la joven embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No La fecha de parto:	¿Está solicitando Nevada Check Up para este niño(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Deshabilitado Y recibiendo seguro social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> En Nevada Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Cobertura Fecha en que terminó: Razón:		Seguro Medico <input type="checkbox"/> Si, Nombre de Seguro Medico: Tipo de Cobertura: <input type="checkbox"/> Medicare A, B, o D <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Dental/Visión <input type="checkbox"/> De gastos médicos mayores <input type="checkbox"/> Organización de Manejo de Salud		Parentesco (REQUERIDO) Nombre de madre: _____ Nombre de padre: _____ Parentesco con el solicitante : <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sobrino (a) <input type="checkbox"/> Otro:	
Gasto de Cuidado de Niño – completar si es aplicable		¿Cantidad que Paga? :		¿Frecuencia? :	

(4) Apellido Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Número de Seguro Social (REQUERIDO)
Fecha de Nacimiento (REQUERIDO) / /	Estado Civil Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>	Raza/Etnicidad (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro:	
Estatus Legal (REQUERIDO) *Información sobre el estatus legal no será reportada a INS <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Residente Permanente Legal desde - envíe copia de la tarjeta	¿Está la joven embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No La fecha de parto:	¿Está solicitando Nevada Check Up para este niño(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Desabilitado Y recibiendo seguro social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Seguro Medico <input type="checkbox"/> En Nevada Medicaid <input type="checkbox"/> Si, Nombre de Seguro Medico: _____ <input type="checkbox"/> Sin Cobertura Fecha en que terminó _____ Razón: _____		Parentesco (REQUERIDO) Nombre de madre : _____ Nombre de padre: _____ Parentesco con el solicitante : <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sobrino (a) <input type="checkbox"/> Otro:	
Gasto de Cuidado de Niño – completar si es aplicable		¿Cantidad que Paga? :	¿Frecuencia? :
Tipo de Cobertura: <input type="checkbox"/> Medicare A, B, o D <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Dental/Visión <input type="checkbox"/> De gastos médicos mayores <input type="checkbox"/> Organización de Manejo de Salud			

Información de Empleo: Escriba la información de empleo de todos los adultos que viven en su hogar. *Dirigirse a la hoja añadida para verificación. Para una aplicación completa debe de enviar talones de cheque no más de 45 días a partir de la fecha de la aplicación.

(1) Persona Empleada - Apellido, Primer Nombre		Nombre del Empleador
Domicilio del Empleador		Numero de Telefono del Empleador ()
Pago Bruto - cantidad antes de impuestos	Propinas - por periodo de pago	Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:

(2) Persona Empleada - Apellido, Primer Nombre		Nombre del Empleador
Domicilio del Empleador		Número de Teléfono del Empleador ()
Pago Bruto - cantidad antes de impuestos	Propinas - por periodo de pago	Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:

Otro Ingreso: Por favor envíe documentación actual de cada ingreso recibido - Escriba todos los tipos de ingreso recibidos por cualquiera en el hogar (incluyendo niños) y deje en blanco si no es aplicable.

Fuente de Otro Ingreso	Nombre del Beneficiario	Cantidad	¿Frecuencia?
Mantenimiento para Niño/Pensión Alimenticia			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:
Pagos del Seguro Social Tipo: <input type="checkbox"/> RSDI <input type="checkbox"/> SSI			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:
Fuente de pagos por Incapacidad			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:
Beneficios de Desempleo			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:
Pagos de Pensión y Fuente de ingreso			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:
Intereses o Dividendos (Acciones, bonos, fideicomisos, fondos de inversión, cuentas de ahorro, etc.)			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:
Otro (tales como asistencia en efectivo, etc.)			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:

Plan de Salud: Por favor indique un plan de salud: _____

*Nota - Si usted no indica un plan de salud, elegiremos un plan para Usted (**Diríjase a la hoja añadida para opciones**).

Información de Referencia: ¿Cómo se entero de Nevada Check Up? (**Por favor marque UNA opción que aplica**)

- Covering Kids & families Welfare Escuela WIC Medios (Periódico, TV, Radio) Internet Amigo/Familiar
 Doctor/Hospital Servicios Sociales/Depto. de Salud Proveedor de cuidado de niño Recurso de la Tribu Clínica
 Otro: _____

Firma y Afirmación

Es su responsabilidad de reportar inmediatamente a Nevada Check Up cualquiera de lo siguiente sobre su hogar:

- Cambio de dirección y número de teléfono
- Se muda fuera de la casa o del estado
- Llega a ser elegible para Medicaid u otro seguro médico
- Fallece
- Llega a ser internado o recluido en una institución pública, o si el Estado es el guardián legal
- Llega a emanciparse o se casa

Al firmar este documento, yo por este medio solicito el seguro de cobertura de salud para los niños nombrados bajo el programa de **Nevada Check Up**. Yo estoy de acuerdo en cumplir con todas las responsabilidades requeridas, a reportar los cambios enlistados en la última página de esta aplicación. Yo certifico que toda la información contenida es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y que ningún dato se ha dejado afuera.

- Por este medio yo libero a Nevada Check Up de responsabilidad, si hay alguna, resultando de la revelación de la información que contiene esta aplicación.
- Yo autorizo a Nevada Check Up y/o al Departamento de Salud y Servicios Humanos contactar a mi empleador para obtener información sobre salario e información sobre seguro médico.
- Yo entiendo que el proceso de determinación de elegibilidad puede tomar 45 días. Los 45 días empiezan cuando la aplicación es recibida completa con todos los documentos requeridos. Una vez que se me haya aprobado, se me notificará por correo la fecha cuando comienza la cobertura y la cantidad de mi pago. Si la aplicación es negada o Nevada Check Up hace cualquier otra decisión con la cual yo no estoy de acuerdo, incluyendo el tiempo que se toma para hacer la determinación dentro de las guías establecidas, yo tengo el derecho de solicitar una revisión del caso. El pedido para la revisión debe ser sometido por escrito dentro de los 30 días de la fecha de la Noticia de Acción.
- Una copia reproducida de la autorización constituye legalmente una copia original.
- Yo declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Nevada que el precedente es verdadero y correcto. (NRS 53.045, NRS 199.120 hasta NRS 199.200 y NRS 41.365)
- Yo entiendo que la verificación de la información es necesaria y que puede ser pedida y obtenida.
- También entiendo que la ley provee penalidades a personas que ocultan verdades o que no informan toda la verdad.
- La información que yo he dado a NCU puede ser verificada o investigada por el gobierno federal, estatal u oficiales locales. Si yo no coopero con la investigación, mis beneficios serán negados o terminados. Si yo hago una declaración falsa o proveo información que engañe, tergiversa, esconda o no revele todos los hechos; o altere cualquier documento necesario para hacer una determinación de elegibilidad correcta, mis beneficios quizás sean negados o terminados. Yo seré responsable de pagar todo el dinero que se pagó por servicios por los que yo no tenía derecho y yo puedo estar sujeto a cualquier pena criminal/o civil de acuerdo con leyes estatales y federales.

Firma del Solicitante: _____

(Obligatorio) Si no firma, la aplicación será rechazada.

Fecha: _____

Otro Adulto: _____

Fecha: _____

Envíe su aplicación completa o cualquier correspondencia a: Nevada Check Up Program
1000 E. William Street Ste 200
Carson City, Nevada 89701

¿Preguntas? Llámenos al (775) 684-3777 o gratis al 1-877 KIDS-NOW (543-7669). Nuestro número de fax es (775) 684-8792. ¡Personal que habla español está siempre disponible! Usted también puede visitarnos en nuestra página en internet: <http://nevadacheckup.nv.gov>

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partida político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretario Del Estado, Capitol Complex, Carson City, NV 89710.

El departamento de Salud y Servicios Humanos, La División de Cuidados de Salud, Finanzas y Pólizas, provee servicios sin discriminación de ninguna clase ya sea de raza, nacionalidad de origen, color, sexo, religión, edad o incapacidad (incluyendo SIDA y condiciones relacionadas) como lo indica la ley.

¿Qué es Nevada Check Up?

Nevada Check Up es un programa financiado por el gobierno federal y estatal que provee cobertura de salud a bajo costo para niños que no tienen seguro médico desde que nacen hasta los 18 años de edad, que no están cubiertos por un seguro médico privado o Medicaid y que reúnan los requisitos del programa.

¿Qué Servicios están cubiertos?

La mayoría de servicios médicos necesarios son cubiertos. Nevada Check Up ofrece extensos cuidados médicos, dentales y de visión para niños.

¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad para Nevada Check Up?

Los niños deben de:

2009

Number of People in Household	200% FPL Max Income Level
2	\$29,140
3	\$36,620
4	\$44,100
5	\$51,580
6	\$59,060

- No estar cubierto o parecer elegible para Medicaid.
- No tener otro seguro médico haber tenido seguro medico en los últimos seis meses.
 - No estar cubierto o tener acceso al Programa de Beneficios de Empleados Públicos (PEBP) por medio del empleador
- Ser Ciudadano Americano o Residente Permanente Legal por lo menos cinco años
 - Aplicando para Nevada Check Up no afectara el estatus inmigratorio
- Reunir los requisitos de ingreso federal, estar dentro del 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL)
 - Solicitantes que exceden el 200% FPL podrán calificar para nuestro programa en el futuro. El nivel de pobreza federal cambian cada ano en Febrero.
- Ser recién nacido y hasta la edad de 18 años y 11 meses a la fecha de la aplicación

¿Cuándo se vencen los pagos?

El único costo para Nevada Check Up es una cuota que se paga cada trimestre y está determinada por el tamaño y los ingresos de la familia y se cobra por familia, no por niño. Abajo están las cuotas asociados con el Nivel de Pobreza Federal Para familias de Indios Americanos que son miembros de tribus reconocidas por el gobierno federal, Esquimales, Aleut u otra tribu nativa de Alaska enrolada por la Secretaria del Interior, las cuotas del seguro son perdonadas cuando comprobante de la afiliación es enviada.

Cuotas	FPL
\$25	De 36% a 150%
\$50	De 151% a 175%
\$75	De 176% a 200%

Familias elegibles serán informadas de la cantidad de la cuota cuando sean enrolados. Se le enviará un cobro mostrando la cantidad que debe inicialmente. Si su niño(s) ha tenido cobertura previamente y tiene un saldo anterior, sus niño(s) no serán enrolados hasta que el balance sea pagado. Arreglos de pago pueden ser hechos pero no pueden exceder 60 días.

Nota - Falta de pago resultar en desenrolamiento

Trimestres	Fecha de Pago
1 Trimestre Octubre, Noviembre, Diciembre	1ro de Octubre
2 Trimestre Enero, Febrero, Marzo	1ro de Enero
3 Trimestre Abril, Mayo, Junio	1ro de Abril
4 Trimestre Julio, Agosto, Septiembre	1ro de Julio

¿Qué tan frecuente debo de re-calificar para Nevada Check Up?

Una vez al año, Usted debe de responder a nuestra solicitud de información. La renovación anual incluirá toda la información actual que tenemos sobre su hogar que debe de ser verificada. Inclusive, de de enviar prueba de ingreso. **Si usted no responde a tiempo, sus niños dejaran de ser cubiertos por Nevada Check Up.** Solamente serán notificados si la cobertura ha sido terminado.

Plan de Salud

Si usted vive en un área donde está cubierto bajo una Organización de Manejo de Cuidado (MCO) se le requiere escoger uno de los siguientes planes de salud. Si usted no indica un plan de salud de su preferencia, nosotros escogeremos un plan para usted. El escoger el plan de salud no garantiza ser aceptado en el programa de Nevada Check Up. Una vez que usted sea enrolado en el programa Ud. recibirá un manual explicándole sus beneficios y puede comunicarse a los siguientes números para obtener información sobre los planes de salud.

Amerigroup : 1-800-600-4441

Health Plan of Nevada : 1-800-962-8074

Para familias que viven en áreas donde existe el plan Pago-por-Servicio los servicios pueden ser obtenidos de cualquier proveedor de Nevada Medicaid que acepte Nevada Check Up. Si usted necesita asistencia para localizar a un proveedor, por favor llame a su oficina del Distrito local de Medicaid:

Carson City (775) 684-3653

Reno (775) 688-2811

Las Vegas (702) 486-1550

Elko (775) 753-1191

Responsabilidad de Terceros

Una condición de ser elegible para Nevada Check Up es el acuerdo de asignar todos los derechos a cualquier reclamo médico, soporte médicos o cualquier pago para cuidado médico. Recipientes deben de cooperar con la división en obtener pagos de cuidado médico de cualquier responsabilidad tercera o personas que pueda ser responsable por los servicios pagados por Nevada Check Up. Recipientes deben de informar a Nevada Check Up si acción legal es tomada contra alguien o si cualquier oferta o liquidación es recibida por el reembolso de cuidado medico y tratamiento que pueda ser pagado por el programa de Nevada Check Up.

Investigaciones y Referencias

La información que Ud. da a NCU puede ser verificada o investigada por el gobierno federal, estatal u oficiales locales. Si usted no coopera con la investigación, que puede incluir una visita al hogar, sus beneficios serán negados o terminados. Si usted hace una declaración falsa o provee información que engañe, tergiversar, esconda o no revele todos los hechos; o altere cualquier documento necesario para hacer una determinación de elegibilidad correcta, sus beneficios quizás sean negados o terminados. Usted es responsable de reembolsar el dinero que se pagó por los servicios que usted no tenía derecho y usted puede estar sujeto a cualquier pena criminal o civil de acuerdo con leyes estatales y federales.

DOCUMENTACIÓN SUPLEMÉNTALE PARA COMPLETAR LA APLICACIÓN:

Empleo

✓ Comprobante de ingreso - dos talones de cheques más recientes y consecutivos

*Si talones de cheque no son disponibles, necesita de comunicarse con NCU para una forma de verificación de empleo.

Desempleado

✓ Carta de la oficina del Desempleo que verifique sus beneficios actuales

Negocio Propio

✓ Copia completa de su declaración de impuestos actuales

✓ Últimos tres meses de estados de cuentas personales y de negocio

Otros Ingresos

✓ Carta que verifique sus beneficios actuales de: RSDI, SSI, Fuentes de pago por incapacidad, compensación al trabajador, beneficios veteranos, pagos de pensión, intereses o dividendos, comprobantes de propiedades (renta recibida) y prueba de cualquier otro tipo de ingreso no mencionado.

✓ Comprobante de manutención, incluya cantidad y frecuencia por cada niño